【基本チェックリスト】

　　　　　　　　　　　　担当者（ケアマネ）：

記入日：平成　　年　　月　　日（　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 住所 |  | 生年月日 | 　　年　月　日 |
| 希望するサービス内容 | **訪問型（　　　）　　通所型（　　　）　　通所型Ｃ（　　）** |
| No. | **質　　問　　項　　目** | **回答（いずれかに○を****お付けください）** |
| 1 | バスや電車で１人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 8 | １５分位続けて歩いていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 9 | この１年間に転んだことがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1.はい | 0.いいえ |
| 11 | ６ヶ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| 12 | 身長　　　　cm 体重　　　　　　kg　　　（ＢＭＩ＝　　　　　　　）(注) |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 16 | 週に１回以上は外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 18 | 周りの人から｢いつも同じ事を聞く｣などの物忘れがあるといわれますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 21 | （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない | 1.はい | 0.いいえ |
| 22 | （ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1.はい | 0.いいえ |
| 23 | （ここ2週間）以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる | 1.はい | 0.いいえ |
| 24 | （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない | 1.はい | 0.いいえ |
| 25 | （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする | 1.はい | 0.いいえ |

（注）ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする